

CONSENTIMIENTO PARA POSPONER EL EXAMEN PÉLVICO

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Primer día de su última regla/menstruación _____

Método anticonceptivo que está usando actualmente _____

Al firmar este consentimiento para posponer el examen pélvico, estoy de acuerdo en:

1. Recibir voluntariamente anticonceptivos hasta por 3 meses sin tener necesidad de un examen físico. Entiendo que podrían recomendarme el examen físico antes de darme más anticonceptivos hormonales. Además, entiendo que pueden recomendar que me haga un examen físico antes de comenzar a usar este método.
2. Entiendo que la decisión para darme este método anticonceptivo se basa únicamente en la información que proporcione sobre mis antecedentes médicos y familiares, mi peso y mi presión sanguínea. Entiendo que cualquier padecimiento que tenga, sobre el que no haya informado al personal de la clínica y que se pudiera detectar en el examen físico, aumenta mi riesgo de una enfermedad o complicación grave. Sin embargo, también entiendo que, por lo general, en mi examen pélvico no se encuentra nada que pueda ser una contraindicación para usar los anticonceptivos hormonales. Me han explicado que el propósito principal del examen pélvico es hacer la prueba de Papanicolaou para la detección del cáncer cervical, y revisar que no haya signos de enfermedades venéreas (transmisión sexual o ETS.)
3. Entiendo que tomar anticonceptivos hormonales no me protege contra las enfermedades venéreas y, en estos momentos, hasta donde sé, no estoy infectada con ninguna de éstas.
4. Me han informado que fumar mientras tome pastillas anticonceptivas, use el parche Ortho-Evra o el arillo Nuvaring puede aumentar mi riesgo de sufrir un derrame cerebral o apoplejía, un ataque cardíaco u otras enfermedades vasculares.
5. He recibido instrucciones sobre el uso del método anticonceptivo hormonal elegido. Estoy de acuerdo en regresar en los próximos tres meses para tener una evaluación del método escogido y un examen físico, si se recomienda. Entiendo que si no regreso, la clínica podría comunicarse conmigo de acuerdo a mis instrucciones.

Firma de la cliente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

Firma del traductor/intérprete _____ Fecha _____

STAFF USE ONLY

Are any of the following found in the patient's history?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DVT/PE in legs or lungs | <input type="checkbox"/> Migraine HA with focal neurologic sx |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Seizures | <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Disease |
| <input type="checkbox"/> CVA or MI; vascular/ischemic heart disease | <input type="checkbox"/> ≥ 35 years of age and smokes |
| <input type="checkbox"/> Active liver disease/ impaired liver function | <input type="checkbox"/> Systemic Lupus erythematosus |
| <input type="checkbox"/> Mother/father/brother/sister died of stroke/heart attack <50 yrs. | |
| <input type="checkbox"/> < 6 weeks postpartum and Lactating or less than 21 days postpartum | |

Pregnancy Test: Pos Neg N/A Blood Pressure: _____ Ht. _____ Wt. _____

There ARE ARE NOT contraindications to starting hormonal contraceptives with a delayed exam.

The following contraceptive method was dispensed to the client with instructions for use:

Oral contraceptive: _____ # of cycles: _____

NuvaRing: # Cycles _____ Evra: # Cycles _____

DMPA: _____ Other: _____

Family Planning appointment made for _____

Provider name and title: _____ Date: _____